

عوامل مساعدکننده خشونت خانگی در زنان

محبوبه احمدی^۱، منا رهنوردی^{۱*}، مهرزاد کیانی^۲، اسما پورحسین قلی^۳، فرنوش معافی^۴، فیروزه اسدزاده^۵

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۵. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۷۴۹۹۰۴۲ ایمیل: mona.rahnvardi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی یکی از مهمترین عواملی است که تهدید جدی برای سلامتی و حقوق زنان در جهان محسوب می‌شود. اما عوامل خطر قابل اصلاح آن در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط کمتر شناخته شده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مساعدکننده خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت خانگی در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت تا با شناخت زنان در معرض خطر گامی در جهت کاهش خشونت برداشته شود.

روش کار: نوع مطالعه، توصیفی-مقایسه‌ای بود. جمعیت مطالعه شامل ۱۱۰ زن واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت بودند که از مرداد الی دی‌ماه ۱۳۹۲ به روش در دسترس (آسان) انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه خشونت خانگی شامل حیطه‌های خشونت فیزیکی، روانی و جنسی با ۳۴ سوال بود. جهت تحلیل داده‌ها آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای اسکور، من ویتنی و t مستقل در SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: در نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین شغل همسر ($p < 0/04$) و وضعیت مسکن ($p < 0/03$) و تحصیلات همسر ($p < 0/02$) با خشونت در زنان به دست آمد، به طوری که میزان بیکاری و مسکن اجاره‌ای و تحصیلات پایین در گروه خشونت‌دیده به طور معناداری بیشتر از گروه بدون خشونت بود.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه عوامل بسیاری از جمله بیکاری، سطح سواد پایین و نبود مسکن می‌تواند بر شیوع خشونت خانگی در بین زنان تاثیرگذار باشد، لذا لزوم آموزش زنان جهت شناسایی عوامل مساعدکننده خشونت خانگی در خانواده و آشنایی آنان با راهکارها و روش‌های کاهش خشونت و درخواست کمک از مراکز حمایتی بیش از پیش احساس می‌شود.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، زنان، عامل مساعد کننده

پذیرش: ۹۴/۱/۱۹

دریافت: ۹۳/۸/۶

مقدمه

خانواده کوچکترین واحد اجتماعی، اما مهمترین واحد اثربخش حمایتی و تربیتی است. نیاز افراد به قرار و آرامش ایجاب می‌نماید که در خانواده رابطه ای مبتنی بر عاطفه و عقل آن‌گونه که احساس امنیت، اطمینان، سلامت و رضایت را برای طرفین به ارمغان

آورد، شکل گیرد (۱). یکی از پدیده‌های خانوادگی که امروزه مورد توجه محققان، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان قرار گرفته، خشونت در خانواده و یا به اصطلاح خشونت مردان علیه زنان در خانواده است (۲). خشونت خانگی یک بلای جهانی است که پیکر خانواده و جامعه را تخریب و سلامتی افراد را تهدید

می‌کند و افراد بسیاری را مجروح و دچار مشکلات جسمی، جنسی، تولید مثلی و روانی می‌گرداند؛ این خشونت در محیط خصوصی رخ می‌دهد و معمولاً زنان، کودکان و دختران قربانیان تراز اول آن به شمار می‌روند (۳). اعمال خشونت علیه زنان و بدرفتاری با آن‌ها از رایج‌ترین جرایم اجتماعی و از عریان‌ترین جلوه‌های اقتدار مردسالاری در جهان امروز است که در تمام ملیت‌ها، طبقات و گروه‌های اجتماعی به چشم می‌خورد (۴). هر ساله بیش از ۶ میلیون نفر در سراسر دنیا به علت خشونت به کام مرگ فرو می‌روند. بر اساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانگی مسؤل ۱۹ درصد از کل بار بیماری در زنان ۱۹-۴۴ ساله در کشورهای صنعتی می‌باشد. این بدان معنی است که در مورد زنان، یک سال از هر ۵ سال زندگی سالم که به علت صدمه، بیماری یا مرگ پیش از موعد از دست می‌رود، به خشونت نسبت داده می‌شود (۵). نتایج مطالعه‌ای در زمینه خشونت خانگی که با همکاری سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ انجام شده بود، نشان داد که میزان شیوع خشونت خانگی علیه زنان توسط شریک نزدیک در طول زندگی از ۱۵ درصد در ژاپن تا ۷۱ درصد در اتیوپی متفاوت است و عوامل مختلفی از جمله سطح سواد، استفاده از مشروبات الکلی و مواد مخدر و سن زوجین می‌تواند در بروز خشونت موثر واقع شود (۶). در ایران نیز مانند دیگر کشورها خشونت علیه زنان یک معضل مهم اجتماعی است. اگرچه ممکن است که هم زن و هم مرد مرتکب اعمال خشونت آمیز در خانواده گردند، ولی تحقیقات نشان می‌دهد که زنان به میزان بیشتری مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند و این آزار و خشونت با هدف به کنترل درآوردن و تسلط انجام می‌پذیرد. این مشکل در سطح گسترده‌ای علت جدی مرگ و یا ناتوانی زنان سنین باروری و هم چنین بیماری‌های شدید و غیر قابل علاج در جهان می‌باشد (۸،۷). نتایج

بررسی ۱۱۸۹ زن ۱۵ سال به بالای تهرانی نشان داد که ۳۵/۷ درصد از این زنان تحت انواع خشونت خانگی قرار داشته‌اند که به تفکیک ۳۰ درصد تحت خشونت جسمی، ۲۹ درصد خشونت روانی و ۱۰ درصد خشونت جنسی بود (۹). عوامل بسیاری می‌تواند خشونت را تحت تاثیر قرار دهد (۱۰)؛ عدم آگاهی و اطلاعات کافی در مورد شیوع، ماهیت، علل و پیامدهای خشونت خانگی، مانعی جدی بر سر راه شناخت وسیع‌تر موضوع و مداخلات مؤثر است (۱۱). خشونت خانگی علیه زنان اختصاص به یک منطقه خاص جغرافیایی و یا سطح معینی از اقتصاد و رفاه ندارد و در همه جوامع و تمامی لایه‌های اجتماعی قابل ردیابی است، هرچند شیوع، نوع، شدت، عواقب و عوامل مساعدکننده این پدیده متفاوت است. اما به نظر می‌رسد زنان در موقعیت‌های پایین‌تر اقتصادی و اجتماعی موقعیت‌های خشونت بدتری را تجربه می‌کنند و عواملی مانند سطح سواد پایین، درآمد کم، فقر، منابع اندک و مشکلات ناشی از فرزندآوری در افرادی که به خشونت دست می‌زنند یا قربانی خشونت می‌شوند، قابل توجه است (۱۲). خشونت علیه زنان علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی، روحی-روانی، واجتماعی از لحاظ اقتصادی نیز بار مالی سنگینی را بر جامعه تحمیل می‌کند (۱۳). همانند افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی به دلیل ابتلای زن به بیماری‌های جسمی و روانی ناشی از خشونت، عواقب منفی اجتماعی نیز بدنبال کاهش بهره‌وری و نیروی کار زنان از پیامدهای دیگر این معضل فرهنگی-اجتماعی و بهداشتی می‌باشد (۱۴). با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به اینکه اطلاعات حاصل از مطالعات دقیق علمی در مورد پدیده خشونت خانگی هنوز کافی نبوده و در اکثر مطالعات موجود گروه شاهدهی جهت مقایسه اطلاعات به‌دست آمده وجود نداشت، پژوهشگران بر آن شدند پژوهشی در زمینه علل و عوامل مساعدکننده خشونت خانگی در دو

گروه خشونت دیده و خشونت ندیده از زنان انجام دهند تا مسئولان بتوانند بر اساس یافته‌های به دست آمده، نسبت به آموزش زنان و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه برای کاهش این مشکل اقدام نمایند.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای، زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی و دادگاه‌های خانواده شهرستان رشت مورد مطالعه قرار گرفتند. به این صورت که پس از اخذ مجوزهای لازم ابتدا از دادگاه‌های خانواده شماره ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و سپس مراکز بهداشتی-درمانی شماره ۷ و ۱۵ شهرستان رشت که به صورت تصادفی انتخاب شدند، اقدام به نمونه‌گیری شد. جمعیت مورد مطالعه ۱۱۰ نفر بود که ۵۵ نفر در هر گروه (خشونت دیده و بدون خشونت) وارد شدند. برای محاسبه حجم نمونه از نرم افزار PASS استفاده شد. خروجی نرم افزار به صورت زیر بیان شده است:

در این خروجی توان آزمون^۱ ($0/80$)، احتمال خطای نوع اول^۲ ($0/05$) و مقدار اندازه اثر (w) برابر $0/03$ ، احتمال خطای دوم^۳ ($0/19$)، درجه آزادی $df=2$ و آماره آزمون کای-دو برابر با $9/72$ است. تعداد نمونه $N=110$ که بر این اساس حداقل تعداد نمونه لازم در هر گروه ۵۵ نفر بود.

نمونه‌گیری به روش در دسترس (آسان) از مرداد الی دیماه ۱۳۹۲ انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه در گروه خشونت دیده شامل عدم ابتلا به بیماری روانی، عدم سابقه استفاده از انواع مخدر و روانگردان، عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج (انواع سرطان‌ها و ایدز و...)، قرار گرفتن در معرض حداقل یک مورد از انواع خشونت‌های خانگی (فیزیکی، جنسی

و روانی) توسط همسر، و در گروه بدون خشونت تمامی موارد فوق بجز خشونت بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خشونت خانگی برگرفته از پرسشنامه خشونت خانگی سازمان بهداشت جهانی که در ایران بومی سازی شده و در بسیاری از مقالات نظیر مطالعه حاجیان و همکاران (۱۵) مورد استفاده قرار گرفته که مورد اخیر در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و سابقه مامایی و سوالات حیطه‌های مختلف خشونت خانگی (خشونت فیزیکی، روانی و جنسی) می‌باشد. اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی در زمینه سن، سن همسر، تحصیلات و شغل خود و همسر، میزان درآمد ماهیانه، وضعیت ازدواج، مدت زمان ازدواج، نسبت فامیلی با همسر، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج خود و همسر، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، تعداد بارداری، تعداد زایمان و تعداد سقط می‌باشد. در این پژوهش منظور از خشونت خانگی، خشونت اعمال شده توسط همسر در طی یک سال گذشته بود که با استفاده از پرسشنامه خشونت خانگی و در سه حیطه فیزیکی، روانی و جنسی سنجیده شد. این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال می‌باشد که ۲۶ گویه آن در حیطه‌های خشونت فیزیکی، جنسی و روانی است که حیطه خشونت فیزیکی دارای ۱۰ گویه (هل دادن، سیلی زدن، مشت زدن، سوزاندن و...)، حیطه خشونت جنسی دارای ۵ گویه (ابراز ناراضی از رابطه جنسی، رابطه جنسی تحقیرآمیز و...) و حیطه خشونت روانی دارای ۱۱ گویه (تهدیدکردن، داد و فریاد زدن، تحقیر زن نزد دیگران و...) و بقیه سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک و مامایی می‌باشد. تعداد موارد انواع خشونت بر اساس مقیاس ۵ حالت لیکرت (هرگز، ۱ بار، ۲ بار، ۳-۵ بار، بیش از ۵ بار) محاسبه می‌گردد. زنی خشونت دیده در نظر گرفته شد که حداقل یک پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات مربوط به پرسشنامه خشونت فیزیکی، روانی یا جنسی داده

¹ Power

² Alpha

³ Beta

باشد. جهت تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه خشونت خانگی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه‌ها بر اساس اهداف پژوهشی و با استفاده از منابع علمی، مقالات و مطالعات سایر پژوهشگران تنظیم شده و در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران و دو نفر متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ اخلاق پزشکی قرار گرفت. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب پایایی درون رده‌ای (ICC^1) استفاده شد. مقدار این ضریب برای پرسشنامه خشونت خانگی برابر ۰/۹۹ بود که بیانگر مطلوب بودن پایایی ابزار است. در این پژوهش با کسب اجازه از افراد و دادن توضیحات کافی در مورد پژوهش، در صورتی که فرد حائز شرایط بود، به عنوان نمونه انتخاب می‌شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS-18 صورت گرفت. و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، من ویتنی و آزمون t مستقل استفاده شد و سطح معنی‌داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه بدون خشونت 32.69 ± 7.65 سال و در گروه خشونت دیده 33.94 ± 6.92 بود و ۲۷/۴ درصد (۱۵ نفر) از افراد گروه بدون خشونت و ۲۵/۵ درصد (۱۴ نفر) از افراد خشونت دیده در رده سنی ۳۱-۳۵ سال بودند و آزمون t تفاوت معنی‌داری را از نظر سن بین دو گروه نشان نداد. میانگین مدت ازدواج زنان در گروه بدون خشونت 9.82 ± 6.32 سال و در گروه خشونت دیده 11.6 ± 6.57 سال بود و آزمون t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر مدت زمان ازدواج نشان نداد (جدول ۱).

میزان تحصیلات گروه بدون خشونت ۵/۵ درصد (۳ نفر) در سطح ابتدایی، ۱۶/۴ درصد (۹ نفر) در سطح راهنمایی، ۱۴/۵ درصد (۸ نفر) در سطح دبیرستان، ۳۶/۴ درصد (۲۰ نفر) در سطح دیپلم و ۲۷/۳ درصد (۱۵ نفر) دانشگاهی بود و در گروه خشونت دیده ۷/۳ درصد (۴ نفر) در سطح ابتدایی، ۱۸/۲ درصد (۱۰ نفر) در سطح راهنمایی، ۱۰/۹ درصد (۶ نفر) در سطح دبیرستان، ۴۰ درصد (۲۲ نفر) در سطح دیپلم و ۲۳/۶ درصد (۱۳ نفر) در سطح دانشگاهی بودند و آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات نشان نداد. از نظر میزان تحصیلات همسر در گروه بدون خشونت ۱/۸ درصد (۱ نفر) همسران بی‌سواد، ۵/۵ درصد (۳ نفر) در سطح ابتدایی، ۱۶/۴ درصد (۹ نفر) در سطح راهنمایی، ۱۴/۵ درصد (۸ نفر) در سطح دبیرستان، ۳۰/۹ درصد (۱۷ نفر) در سطح دیپلم و ۳۰/۹ درصد (۱۷ نفر) در سطح دانشگاهی بودند و در گروه خشونت دیده ۱/۸ درصد (۱ نفر) از همسران بی‌سواد، ۱۶/۴ درصد (۹ نفر) در سطح ابتدایی، ۲۳/۶ درصد (۱۳ نفر) در سطح راهنمایی، ۷/۳ درصد (۴ نفر) در سطح دبیرستان، ۳۸/۲ درصد (۲۱ نفر) در سطح دیپلم و ۱۲/۷ درصد (۷ نفر) در سطح دانشگاهی بودند که آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر متغیر میزان تحصیلات همسر نشان داد ($p=0.02$).

از نظر متغیر شغل زنان، در هر دو گروه اکثریت (۴۲ نفر خشونت دیده و ۳۹ نفر خشونت ندیده) زنان خانه‌دار بودند و میزان درآمد ماهانه در گروه خشونت دیده اکثریت (۱۵ نفر) بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار تومان و در گروه بدون خشونت (۱۵ نفر) بین ۵۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان بود و آزمون آماری کای-دو تفاوت معنی‌داری را از نظر این متغیرها در دو گروه نشان نداد (جدول ۲).

¹ Intraclass Correlation Coefficient

جدول ۱. جدول توزیع اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت طی یک سال گذشته
مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاههای خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

گروه بدون خشونت				گروه خشونت دیده			خصوصیات
df	t	p-value	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۰۸	۰/۹۰	۰/۳۷	۷/۶۵	۳۲/۶۹	۶/۹۲	۳۳/۹۴	سن (سال)
۱۰۸	۰/۴۳	۰/۶۶	۸/۷۲	۳۶/۵۱	۷/۰۳	۳۷/۱۶	سن همسر (سال)
۱۰۸	۱/۴۵	۰/۱۵	۶/۳۲	۹/۸۲	۶/۵۷	۱۱/۶	مدت زمان ازدواج (سال)
df	X ²	p-value					تعداد بارداری تعداد زایمان تعداد سقط تعداد فرزندان زنده
۵	۶/۳۲	۰/۲۵	۱/۰۴	۱/۵۶	۱/۲۱	۱/۵۴	
۵	۵/۱۹	۰/۳۷	۰/۹۱	۱/۳۸	۰/۹۲	۱/۲۵	
۳	۱/۲۶	۱	۰/۵۱	۰/۲۵	۰/۶۶	۰/۳۲	
۵	۴/۳۹	۰/۵۲	۰/۹۳	۱/۴	۰/۹۲	۱/۲۵	
df	X ²	p-value	خیر	بله	خیر	بله	نسبت فامیلی با همسر
۱	۰/۱	۰/۷۵	٪۹۰/۹	٪۹/۱	٪۸۹/۱	٪۱۰/۹	
بیوه				متأهل	بیوه	متأهل	وضعیت ازدواج
۲	۳/۹۳	۰/۱۶	٪۱/۳	٪۳/۶	۰	٪۸۷/۳	

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب شغل و میزان درآمد به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت مراجعه کننده
به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاههای خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

			گروه بدون خشونت		گروه خشونت دیده		شغل
df	X ²	p-value	درصد		درصد		
NS ۴	۲/۷۲	۰/۶۲	۷۰/۹		۷۶/۴		خانه دار
			۲۰		۱۰/۹		کارمند
			۵/۵		۷/۳		کارگر
			۳/۶		۳/۶		آزاد
			۰		۱/۸		متخصص یا کارشناس عالی رتبه
df	X ²	p-value					میزان درآمد
NS ۴	۲/۳۳	۰/۶	۱۴/۵		۲۰		۲۰۰<هزار تومان
			۲۰		۲۷/۳		۲۰۰-۵۰۰ هزار
			۲۷/۳		۱۸/۲		۵۰۰-۷۰۰ هزار
			۲۱/۸		۲۱/۸		۷۰۰ هزار تا ۱ میلیون
			۱۶/۴		۱۲/۷		۱< میلیون

($p=0/04$). از نظر متغیر نوع مسکن اکثریت در گروه بدون خشونت مالک، و در گروه خشونت دیده دارای منزل رهنی- اجاره‌ای بودند و از نظر آماری آزمون کای- دو تفاوت معنی‌داری را در دو گروه نشان داد (جدول ۳).

از نظر متغیر شغل همسران در گروه بدون خشونت، ۱/۸ درصد (۱ نفر) مردان بیکار بودند، در مقابل در گروه خشونت دیده این میزان ۱۶/۸ درصد (۹ نفر) بود و آزمون آماری کای- دو تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از نظر متغیر شغل همسر نشان داد

جدول ۳. توزیع فراوانی نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب شغل همسر و وضعیت مسکن به تفکیک دو گروه خشونت دیده و بدون خشونت طی یک سال گذشته مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و دادگاههای خانواده شهرستان رشت ۱۳۹۲

شغل	گروه خشونت دیده درصد	گروه بدون خشونت درصد	p- value	X ²	df
بیکار	۱۶/۴	۱/۸	* ۰/۰۴	۲/۷۲۵	۴
کارمند	۲۱/۸	۳۰/۹			
کارگر	۲۱/۸	۲۹/۱			
مستقل	۳۸/۲	۳۲/۷			
متخصص یا کارشناس عالی رتبه	۱/۸	۵/۵			
وضعیت مسکن			* ۰/۰۳	۸/۵۱	۳
مالک	۲۳/۶	۴۰			
رهن- اجاره	۴۳/۶	۳۸/۲			
سازمانی	۰	۰			
منزل خانواده شوهر	۱۰/۹	۱۶/۴			
منزل خانواده خود	۲۱/۸	۵/۵			

* ۰/۰۵ < p

معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد. از نظر رتبه ازدواج همسر نیز اکثریت گروه بدون خشونت ۹۲/۷ درصد (۵۱ نفر) و گروه خشونت دیده ۸۹/۱ درصد (۴۹ نفر) ازدواج اولشان بود و بر طبق آزمون کای- دو تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد.

بحث

در این پژوهش از نظر متغیرهای سن، سن همسر، مدت زمان ازدواج، نسبت فامیلی با همسر، میزان تحصیلات زن، شغل زنان، میزان درآمد ماهیانه، تعداد بارداری و زایمان، تعداد سقط، تعداد فرزندان زنده، وضعیت ازدواج، تعداد افراد خانوار، رتبه ازدواج زن و همسر بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

مشابه پژوهش حاضر صابریان و همکاران در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری بین سن زنان و خشونت خانگی بیان نکردند (۱۶). پژوهش حاضر نشان داد سن و تفاوت سنی زن و شوهر از عوامل فردی موثر در بروز خشونت خانگی بود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند

از نظر متغیر تعداد افراد خانوار در گروه بدون خشونت ۵/۴ درصد (۳ نفر) خانواده‌ها دو نفره، ۴۹/۱ درصد (۲۷ نفر) سه نفره، ۳۰/۹ درصد (۱۷ نفر) چهار نفره، ۱۲/۷ درصد (۷ نفر) پنج نفره و ۱/۸ درصد (۱ نفر) آنها هفت نفره بودند و در گروه خشونت دیده ۱۰/۹ درصد (۶ نفر) از خانواده دو نفره، ۴۵/۵ درصد (۲۵ نفر) سه نفره، ۲۱/۸ درصد (۱۲ نفر) چهار نفره، ۱۶/۴ درصد (۹ نفر) پنج نفره، ۱/۸ درصد (۱ نفر) شش نفره و ۳/۶ درصد (۲ نفر) هفت نفره بودند و آزمون من ویتنی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر تعداد افراد خانوار نشان نداد. از نظر متغیر تعداد فرزندان زنده اکثریت افراد در گروه بدون خشونت ۵۲/۷ درصد (۲۹ نفر) و خشونت دیده ۵۶/۴ درصد (۳۱ نفر) یک فرزند داشتند و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. از نظر متغیر رتبه ازدواج زن اکثریت گروه بدون خشونت ۹۶/۴ درصد (۵۳ نفر) و خشونت دیده ۹۰/۹ درصد (۵۰ نفر) ازدواج اولشان بود و از نظر آماری بر طبق آزمون کای- دو تفاوت

که افزایش سن، با درجات خشونت زناشویی رابطه منفی دارد (۱۷). مطالعاتی نیز ارتباط معنی‌داری را بین سن زنان و خشونت نشان دادند، به طوری که با کاهش سن میزان خشونت افزایش می‌یابد و بالعکس (۱۹، ۱۸). در مقابل بونومی^۱ و همکاران؛ و شمس اسفند آباد نشان دادند که میزان خشونت خانگی با افزایش سن افزایش می‌یابد (۲۰، ۲۱). که با توجه به حجم و نوع مطالعه متفاوت آن‌ها با مطالعه حاضر و قومیت‌ها و ساختارهای اجتماعی متفاوت، قابل توجیه است. به نظر می‌رسد که متغیر سن از جهات زیر بر خشونت خانگی تأثیرگذار باشد؛ در مرتبه نخست، سن پایین‌تر مرد و زن معمولاً با عدم رشد یافتگی و ناپختگی همراه است و این متغیر، زمینه خشونت را از طرف زن و مرد بیشتر فراهم می‌کند. دوم اینکه، مرد در سن جوانی مهار رفتاری کمتری دارد، همچنین قدرت سازگاری زن و مرد در سنین پایین‌تر، کمتر است. سوم اینکه، هر چه فاصله سنی بیشتر باشد، امکان توافق و سازگاری زن و شوهر کمتر است، زیرا درک متقابل دشوارتر است (۱۷). رازقی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که داشتن نسبت فامیلی با همسر با خشونت خانگی ارتباط معناداری دارد، به طوری که آزار جنسی به طور معناداری کمتر است، ولی آزار فیزیکی به طور معناداری بیشتر است و آزار روانی با نسبت فامیلی ارتباط معنی‌داری نداشت (۲۲). وجود قومیت‌ها و تعداد بیشتر افراد با ازدواج‌های فامیلی در مطالعات ذکرشده می‌تواند در نتایج متفاوت بدست آمده تأثیرگذار باشد، به طوری که در مطالعه حاضر کمتر از ۱۰ درصد افراد نسبت فامیلی با همسر خود داشتند که نسبت به مطالعات مخالف، نسبت فامیلی در این مطالعه کمتر بود.

خسروی و همکاران مشابه پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری را از نظر سطح تحصیلات زن در اعمال خشونت روانی، فیزیکی و جنسی در زنان نشان

ندادند (۴، ۲۳). در مقابل بسیاری از مطالعات موید این امرند که میزان خشونت در میان زنان با تحصیلات پایین بیشتر است (۲۴-۲۸، ۱۸، ۲۲). آبرامسکی و همکاران داشتن تحصیلات بالا را از فاکتورهای محافظت کننده در برابر خشونت توسط همسر بیان کردند (۲۸). در مطالعه حاضر نیز اکثر زنان در دو گروه دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بودند. مشابه پژوهش حاضر تعداد بیشماری از مطالعات ارتباط معنی‌داری میان میزان تحصیلات همسر و خشونت بیان کردند، به طوری که کمترین میزان ارتکاب خشونت را در مردان با تحصیلات دانشگاهی گزارش کردند (۱۶، ۱۸، ۲۹). در مطالعه‌ای اختلاف سطح سواد مردان و زنان به‌خصوص بالاتر بودن سواد زن از عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت‌های خانگی بیان شده است (۳۰). بی‌تردید تحصیلات بیشتر، در افزایش مهار عواطف، به ویژه خشم، و ارتقای مهارت‌های اجتماعی از جمله راه‌های کسب توافق و سازگاری در خانواده موثر است، این امور نیز از متغیرهای موثر در بروز خشونت خانگی علیه زنان است (۱۷). در مطالعه کنونی اختلاف سطح سواد بین زنان و مردان در گروه خشونت دیده به طور بارزی مشهود بود. در بحث تحصیلات باید به سطح تحصیلات زن و مرد توجه کرد. خانواده‌های تحصیل کرده با آگاهی یافتن از راه‌های کنار آمدن با تعارض‌ها در روابط نزدیک، خشونت در خانواده را کمتر کرده و از شیوه‌های معقول برای حل مسئله کمک می‌گیرند (۱۸، ۲۷).

در مطالعه‌ای مشابه پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری میان شغل زنان و خشونت به دست نیامد (۲۲). نوح جاه و همکاران، بابو و همکاران در مطالعات خود بین اشتغال زنان و خشونت رابطه آماری معنی‌داری یافتند، به طوری که اشتغال زنان باعث کاهش خشونت می‌شد و بیشترین میزان خشونت را در زنان خانه‌دار گزارش کردند (۱۸، ۲۶). تفاوت در گزارش می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع مطالعه، حجم و

¹ Bonomi

میزان سواد نمونه‌ها و مکان‌ها با ساختارهای اجتماعی متفاوت باشد. تعداد زیادی از مطالعات مشابه پژوهش حاضر رابطه معناداری میان شغل همسر و خشونت بیان کردند، به طوری که بیکاری و مشکلات اقتصادی شوهر عامل بروز بیشتر موارد خشونت روانی و فیزیکی بوده است (۱۳،۱۶،۲۴،۳۲). هاشمی نسب نیز در مطالعه خود در کردستان بیان کرد که مردان بیکار خشونت فیزیکی بیشتری را بر زنان خود اعمال می‌کنند (۳۳). انصاری و همکاران نیز رابطه معناداری بین شغل همسر و خشونت فیزیکی بیان کردند، به طوری که مواجهه با خشونت فیزیکی شدید در بین زنان دارای همسر بیکار ۱۷ برابر زنان دارای همسر کارمند بود (۱۳). در این پژوهش نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر شغل همسران وجود داشت، به طوری که میزان همسران بیکار در گروه دارای خشونت ۱۶/۴ درصد در مقابل ۱/۸ درصد در گروه بدون خشونت بود. بنابراین می‌توان گفت که بیکاری مردان می‌تواند با خشونت از جانب آن‌ها همراه باشد. به طور کلی بیکاری از عوامل خطرآفرین خشونت زناشویی تشخیص داده شده است. هامپتون و همکاران اعلام کردند که بالاترین درجات خشونت شوهر در خانواده‌هایی است که شوهر بیکار بوده است. جالب توجه است که حتی پس از کنترل آماری درآمد، سن و قومیت، بیکاری شوهر احتمال بروز خشونت را ۱/۶۸ برابر افزایش می‌داد (۳۴). بیکاری و مشکلات اقتصادی همراه آن، عامل مهمی در بروز تنش‌های خانوادگی و خشونت‌های برخاسته از آن است. پژوهش‌های متعدد در ایران و دیگر کشورها بر این پدیده تأکید می‌ورزند و رابطه معناداری میان میزان درآمد ماهانه و خشونت بیان کردند (۹،۲۰،۲۱،۲۵،۳۵). مشابه پژوهش حاضر، بداع‌آبادی و همکاران در مطالعه خود رابطه آماری معناداری میان میزان درآمد خانواده و خشونت خانگی بدست نیاوردند (۲۴،۳۲). اعزازی از نظر

متغیر تعداد فرزندان و جمعیت خانواده‌ها معتقد است که در خانواده‌های پرجمعیت و زنان با حاملگی‌های پشت سر هم شیوع سوء رفتارها روی زن بیشتر است (۳۶). در مطالعاتی میان تعداد فرزندان و خشونت رابطه معنی‌داری بیان شده است، به طوری که میزان مواجهه با خشونت فیزیکی، روانی و جنسی به طور کلی با افزایش تعداد فرزند افزایش می‌یافت (۳۱،۳۴). در مقابل آکلیمونسا^۱ و همکاران معتقدند که میزان خشونت در زنانی که بدون فرزند هستند، بیشتر بود (۳۷). کواکسیگ^۲ و همکاران نشان دادند که افزایش تعداد فرزندان کاهش خشونت خانگی را به دنبال دارد (۳۸). در پژوهش حاضر رابطه آماری معنی‌داری بین تعداد فرزندان و جمعیت خانواده‌ها با خشونت خانگی به دست نیامد. تفاوت‌ها در مطالعات مختلف با توجه به مکان‌های متفاوت جهت مطالعه و در نتیجه وجود ساختارها و فرهنگ‌های متفاوت برخاسته از آن و سطح تحصیلات و درآمدهای متفاوت که می‌توانند در جمعیت خانواده‌ها موثر باشند، قابل توجیه می‌باشد. تعدد زوجات نیز ممکن است در مواردی به خشونت شوهر با همسر اول بینجامد (۱۷). رازقی و همکاران در ایران ارتباط آماری معناداری میان ازدواج مجدد همسر و خشونت گزارش کردند، به طوری که مردانی که ازدواج مجدد داشتند، همسرانشان بیشتر مورد آزار جسمی، روانی و جنسی قرار گرفته بودند (۲۲). در این پژوهش تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر رتبه ازدواج همسر وجود نداشت و دو گروه از نظر رتبه ازدواج همسر همسان بودند. این تفاوت می‌تواند ناشی از فرهنگ متفاوت در محیط‌های مورد مطالع و در نتیجه آداب و رسوم متفاوت برخاسته از آن باشد.

^۱ Aklimunnessa

^۲ Kocacik

عدم همکاری شرکت کنندگان و عدم پاسخگویی صحیح به سوالات به علت احساس شرم و خجالت و در نتیجه عدم افشای خشونت خانگی از محدودیت‌های بالقوه این پژوهش بود که سعی شد با ارتباط مناسب و توضیحات کافی برای افراد مورد پژوهش و در اختیار قرار دادن پرسشنامه‌ها به خود افراد، این محدودیت تا حد زیادی کنترل شود.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که اکثر خشونت‌ها در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال، زوجین با سابقه ازدواج ۱۰-۶ سال، و دارای همسر بیکار و تحصیلات پایین رخ می‌دهد. بنابراین آنچه در این مطالعه ارائه شده، خشونت خانگی علیه زنان مشتمل بر عوارض جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی بر پیکره زن، خانواده و اجتماع است. برای پیشگیری و کنترل این معضل باید به صورت ریشه‌ای و در وهله اول با آگاه سازی و اصلاح نگرش عمومی نسبت به جایگاه و موقعیت واقعی زن در جامعه اسلامی، و رفع تبعیض‌های همه جانبه در دوره‌های مختلف زندگی، بالابردن سطح سواد، مقابله با بی‌سوادی، اشتغال‌زایی و در نتیجه آن مبارزه با فقر در جامعه اقدام نمود. همزمان لازم است در جهت پیشگیری و کنترل خشونت، اقدامات مداخله‌ای در

سطح دستگاه قضایی و پلیس، نظام بهداشتی درمانی و نظام آموزشی جامعه صورت پذیرد. بررسی گسترده‌تر علل و عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت‌های خانگی و حذف یا کاهش این عوامل، آگاه ساختن زنان در مورد حقوق شرعی و قانونی خود در خانواده و جامعه و ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و کاهش تبعیض‌های جنسیتی می‌تواند در کاهش مشکلات مفید باشد. انجام پژوهش‌های گسترده‌تر جهت شناخت علل این صدمات با توجه به جو حاکم بر جامعه و تصویب قوانین کارآمد در پیشگیری و کاهش این مشکل قابل توصیه است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی گرایش قانونی می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که هزینه انجام این تحقیق را تقبل نمودند و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان و معاونت آموزش قضایی استان گیلان و کلیه کسانی که در طی تحقیق پژوهشگر را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Shekar-Beygi A, Osmanzade-Bukani S. Investigating the relationship between domestic violence and mental health of married women in the city of Bukan. Journal of Behavioral Sciences. 2010; (6):26-32.[Persian]
2. Behnam H, Moghadam-Hoseyni V, Soltanifar A. Assessing the frequency and severity of domestic violence during pregnancy. Ofogh-e-danesh. 2008; 14 (2):70-76.[Persian]
3. Hasan M, Kashaniyan M, Roohi M, Vizhe M. Domestic violence against pregnant women: prevalence and associated factors. Journal of woman and society. 2011; 1 (4): 77-94.[Persian]
4. Khosravi Z, Khaghanifard M. The relationship between domestic violence and damage to mate with a tendency to suicidal thoughts among women in Tehran. Women's Studies. 2004;2 (6):99-113.[Persian]
5. Taherkhani S, Mirmohamadali M, Kazemnezhad A, Arbabi M. Evaluation of domestic violence and its association with depression in women. Journal of Forensic Medicine. 2010; 16 (2): 95-106.[Persian]
6. Audi CAF, Correa AMS, Andrade MDG, Perez-Escamilla R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. Revista de Sade Public. 2008; (5): 877-885.

7. Motamedi M. Protection of women against violence: crime policy in England. Tehran: Barg-e-Zeytoon pub, 2001.[Persian]
8. Aslani M. Domestic violence against women. Journal of women's rights. 2000; 3 (2):4-22.[persian]
9. Ahmadi B, Alimohamadiyan M, Golestan B, Bagheriyazdi A, Shojaezade D. The impact of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Health Research. 2006;4 (2):35-44.[persian]
10. Salehi Sh, Mehalian HA. The prevalence and types of domestic violence against pregnant women referred to maternity clinics in Shahrekord, 2003. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2006;8:72-77.[Persian]
11. Clark C J, Bloom DE, Hill AG, Silverman JG. Prevalence of intimate partner violence in Jordan. Eastern Mediterranean Health Journal.2009; (15): 880-889.
12. Ahmadi B, Naseri S, Alimohamadiyan M. Shams M, Ranjbar Z, Ebrahimpour A, et al. Views of men and women in Tehran and experts on domestic violence against women in Iran: a qualitative study. Journal of Public Health and Institute of Health Research. 2008; 6 (2):67-81.[Persian]
13. Ansari H, Noruzi M, Yadegari M.A, Javaheri M, Ansari S. Evaluation of physical, psychological and sexual violence and related factors among married women in Zahedan. Medical Journal of Hormozgan. 2011; 16 (6):491-499. [Persian]
14. Zangane M. Sociological study of factors influencing violent behavior of husbands against their wives. Journal of Shiraz University of Medical Sciences. 2001; (4):57-66. [Persian]
15. Hajian, S, Vakilian K, Mirzaii Najm-abad K, Hajianet P, Jalalian M. Violence against women by their intimate partners in northeastern region of Iran. Global Journal of Health Science. 2014; 6 (3): 117-130.
16. Saberian M, AtashNafas E, Behnam B. Prevalence of domestic violence in women attending health centers of Semnan, 2003. Koomesh: Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2004; 2 (6):115-121.[Persian]
17. Salarifar M. Domestic violence against women. Tehran: Golbarg pub; 2010. P:179-180.[Persian]
18. Nohja S, Latifi SM, Etesami H, Farrokhnia F. The prevalence of domestic violence against women and associated factors in Khuzestan province. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2010; 15 (4):278-286.[persian]
19. Dolatiyan M, Gharache M, Ahmadi M. Investigating the relationship between abuse and pregnancy outcome in pregnant women. Journal of Ahvaz University of Medical Sciences. 2009; 13 (4):261-269.[Persian]
20. Bonomi AE. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. American journal of preventive medicine. 2006 30 (6): 458- 466
21. Shams-Esfandabad H, Emamipoor S. Partner violence and its influencing factors among married women. Journal of Rehabilitation. 2004; (3):30-36. [Persian]
22. Razeghi N, Tadayonfar M, Akaberi A. The incidence of wife abuse and its related factors in women referred to health centers in Sabzevar. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2010;17 (1):39-47.[Persian]
23. Raeesi A. Violence against women and its influencing factors in Shahrekord. Women Research. 2002; 12 (3):77-96.[Persian]
24. Bodaghabadi M. Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence referring to Mobini hospital in Sabzevar. Journal of Ahvaz jundishapur University of Medical Sciences 2005; 9 (12):41-46. [Persian]
25. Sinha A, Mallik S, Sanyal D, Dasgupta S, Pal D, Mukherjee A. Domestic violence among ever married women of reproductive age group in a slum area of Kolkata. Indian journal of public health. 2012; 1 (56): 31-3.
26. Babu BV, Kar SK. Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues. BMC Public Health. 2009; (9): 129-140.

27. Nojomi M, Agae S, Eslami S. Domestic violence against women attending gynecologic outpatient clinics. *Archives of Iranian Medicine*. 2007; (3): 309-315
28. Abramsky T, Watts C.H, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011; 11 (109): 2-17.
29. Hemmati R. Prevalence of wife abuse and related factors in Islamabad, Zanzan. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences*. 2005; 13 (20):36-43. [Persian]
30. Devries K, Watts CH, Yoshihama M, Kiss L, Blima Schraiber L, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*. 2011 ; (73): 79-86.
31. Silva EP, Ludermer AB ,Velho Barreto T, Alves-Valongueiro S. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Sa?de P?blica*. 2011; 45 (6):1- 9
32. Ghazanfari F. Correlation of family relationship patterns and domestic violence against woman in Lorestan province. *Journal of Mental Health*. 2010; 12 (2):5-48.[Persian]
33. Hasheminasab L. Assessment of prevalence, outcome and factors related to domestic physical violence in pregnant women referring to delivery departments of Sanandaj hospitals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical sciences*. 2007; 1 (11):32-41. [Persian]
34. Arefi M. Descriptive study of domestic violence against women in the city of Urmia. *Women's Studies*. 2003; 11 (2)103-119. [Persian]
35. Memari A, Ramin T, Amir- Moradi F, Khosravi Kh, Gudarzi Z. The causes of suicide attempts among married women. *Hayat*. 2006;12 (1):47-53.[Persian]
36. Ezazi S. *Sociology of the family*. Tehran: Roshangaran pub, 2007.
37. Aklimunnessa K. Prevalence and correlates of domestic violence by husband against wives in Bangladesh: evidence from a national survey. *Journal of Men's Health and Gender*. 2007; 4 (1): 52-63.
38. Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, turkey: survey study. *Croat Med J*. 2007; 2 (742):9-47

Study of Predisposing Factors for Domestic Violence among Women

Ahmadi M¹, Rahnavardi M^{*1}, Kiyani M², Purhoseingholi A³, Moafi F⁴, Asadzadeh F⁵

1. Midwifery Department -, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Medical Ethics Department, Medicine School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Biostatistics Department, Para- Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran Iran.

4. Midwifery Department, Nursing and Midwifery School Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

5. Midwifery Department -, Nursing and Midwifery School, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989117499042 E-mail: mona.rahnnavardi@yahoo.com

Received: Oct 28, 2014 Accepted: Apr 8, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Domestic violence is a major cause of serious threat to the health and rights of women in the world. The modifiable risk factors in low and middle income countries are less well known. The present study was undertaken to determine the predisposing factors of domestic violence against women by identifying at risk women and taking steps to reduce violence.

Methods: A descriptive and comparative design was used to conduct the study. The study sample consisted of 110 women (n=55 per group) referring to health centers and family courts in Rasht, Iran from 27 July to 10 January, 2013 that selected by convenience sampling method. Study tool retrieved from World Health Organization questionnaire includes the areas of domestic violence, physical violence, psychological and sexual abuse by a 34 questions which uses Likert scoring to rate the level of experienced violence. Through SPSS v.18, descriptive statistics, Man-witney, chi square and t-test were used to analyze the data.

Results: The results showed a significant relationship between husband's job ($p<0.04$), housing conditions ($p<0.03$) and husband's education ($p<0.02$) with violence on women, as unemployment and low rental housing and education in the abused group was significantly higher than the group without violence.

Conclusion: Because factors such as unemployment, low education levels and lack of housing can rise the prevalence of domestic violence among women, the need to train women to identify factors contributing to domestic violence against women in the family and dating their familiarity with the strategies and methods to reduce violence and seek help from support centers more than ever felt.

Keywords: Domestic Violence, Women, Predisposing Factors.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.